FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° 21

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Avril 1906, à 1 heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES

TUBAIRES, BILATÉRALES, SUCCESSIVES ET SIMULTANÉES

PAR

Louis SAUVÉ

Président :	M. SEGOND	*Professeurs*
Juges. . .	MM. PINARD	*Professeurs*
	RECLUS	*Professeurs*
	WALLICH,	*Agrégé.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TERRIER. BERGER. RECLUS
Clinique ophtalmologique	Dr de LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU	RICHAUD.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BRINDEAU	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA André.	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	
CLAUDE	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Il est bien démontré à l'heure actuelle que les cas de récidive de grossesse tubaire, quoique rares, n'en existent pas moins, suffisamment nombreux pour assombrir le pronostic ultérieur de cette affection. Depuis le mémoire capital de Varnier et Sens, complété par la thèse de Haret de 1901, de nombreux cas ont été publiés, en France et à l'étranger. Ce sont ces nouveaux cas que nous nous proposons de grouper ici, sans avoir la prétention d'éclairer d'un jour nouveau cette question, qui intéresse à bon droit chirurgiens et accoucheurs, mais seulement pour les analyser et voir si de leur étude ne ressort pas quelque indication de nature à préciser l'évolution et à dépister l'étiologie de la récidive. Et surtout il y a lieu de se demander quel traitement préventif on pourrait opposer à cette récidive, et jusqu'à quel point on se trouve autorisé à pratiquer lors d'une première intervention la castration bilatérale, supprimant ainsi radi-

calement toute crainte de reproduction ultérieure. Peut-être notre prétention paraît-elle téméraire. Nous répétons que notre but principal est de grouper les faits récemment publiés de récidive, d'établir en somme la suite de la statistique de Varnier et Sens, et de permettre ainsi aux observateurs ultérieurs de disposer de plus nombreux documents.

Aussi avons-nous à cœur de remercier ceux de nos maîtres, qui nous ont autorisé à puiser dans leur statistique personnelle les observations que l'on trouvera relatées plus loin. Nous remercions en particulier Monsieur le Professeur agrégé Lejars qui nous a si aimablement communiqué trois cas personnels, dont un surtout est vraiment émotionnant ; nous remercions également Messieurs les Docteurs Rochard, Beurnier et Demoulin, dans le service desquels nous avons trouvé des observations personnelles et inédites de récidive.

Merci également à MM. Beaudoin, Rabinovitch et Barbier, internes des Hôpitaux, qui nous ont facilité fort aimablement l'accès de ces différents services.

Nous avons le devoir de remercier tout spécialement tous les maîtres bienveillants de l'Ecole de Médecine de Rennes qui se sont consacrés à notre enseignement médical.

Que MM. les Docteurs Le Moniet, Follet, Bodin,

Perret, veuillent bien accepter les respectueux hommages de notre bien sincère reconnaissance.

M. le Professeur Segond a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous lui en sommes respectueusement reconnaissant.

HISTORIQUE

Avant que les recherches sur la récidive de grossesses extra-utérines soient entrées dans une phase véritablement scientifique, il est à peine besoin de mentionner les cas fort obscurs et d'ailleurs contestables d'Etienne Maniaud (1591) et de King (1726).

Le premier mémoire sur la question est dû à Puech, qui en 1879 publia dans la *Gazette obstétricale* n° 21, plusieurs cas de *Récidive de grossesse extra-utérine.*

En Allemagne peu de temps après, paraissent les travaux d'Olshausen (1), et l'important mémoire de Karl Abel (2), qui signale certains cas de grossesse normale, intra-utérine, intermédiaire à deux grossesses ectopiques, et qui met en relief pour expliquer la production de celles-ci, des anomalies congénitales dans le trajet et la direction de l'oviducte ; comme déduction de cette anomalie *bilatérale* de la trompe, il conseille, quand on opère une grossesse ectopique, d'examiner avec soin la trompe du côté opposé, pour l'enlever si son état anatomique fait craindre l'évo-

(1) Olshausen. *Deutsche med. Wochen.* N° 9, 1890.
(2) Karl Abel. *Arch. f. gynækol. Band.*, XLIV, 1893.

lution possible d'une seconde grossesse ectopique de ce côté.

Dans sa communication à la séance du 5 octobre 1900 à la Société d'obstétrique de Paris, Monsieur Varnier, à propos d'un cas personnel, présente une revue critique très complète qui porte à 69 cas connus le nombre de *Récidives de grossesse ectopique*. Ses recherches servent de point de départ aux travaux de ses élèves, Sens (1) et Haret (2), qui constituent des documents fort sérieux pour l'étude clinique de la grossesse extra-utérine récidivante. Nous renvoyons à ces deux travaux pour la lecture des observations antérieures à 1901, et nous nous proposons à notre tour de rassembler les nombreux cas publiés depuis, pour en tirer certaines déductions pratiques touchant l'évolution et la thérapeutique préventive de la récidive. Depuis 1901 de nombreuses observations ont été publiées, tant en France qu'à l'étranger, mais aucun travail d'ensemble n'a été fait sur la question.

En France nous relevons les cas de Lejars, qui, au Congrès de l'association française de chirurgie de 1904, apporte trois observations personnelles, et la revue générale de Nandrot (3) publiée dans la revue de gynécologie et de chirurgie abdominale.

En Angleterre, Dawson (4) apporte un cas, Stur-

(1) Sens. Thèse Paris, 1901.
(2) Haret. Thèse Paris, 1901.
(3) Nandrot, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales* 1904.
(4) Dawson, *jour. of obst. and gyn. of the brit. Emp.*, 1903, p. 30.

MER (1) deux cas de grossesse tubaire récidivante, DORAN (2) et ANDREWS (3) en publient également chacun un cas. LEWEN (4) en publie un nouveau.

En *Amérique* les observations sont plus nombreuses : MARSHA (5) en 1902, CHANDLER (6) et MURPHY (7) en 1903, HARRIS (8), LAWRENCE (9) en 1904, LIELL (10) en 1905, apportent chacun un ou plusieurs cas personnels.

En *Allemagne*, en 1902, paraît à Leipzig le travail inaugural de BOTTGER (11). L'année suivante, ROSENSTEIN (12), KARL REIFFARSCHEID (13), (deux cas), ZUNTZ (14), (trois cas), ORTHMANN (15), (deux cas), VASSMER (16) (deux cas) apportent de nouveaux éléments. En 1904 HOFFMEIER (17), ULMANN (18), en 1905, MICHIN(19), font connaître leurs observations personnelles.

Citons enfin le travail de WOFF (20) et l'observation

(1) Sturmer, *Trans. obst. Soc.*, London, 1904, p. 144.
(2) Doran, *jour. .obst. and. gyn. brit. Emp.*1905, T. VII, p. 399.
(3) Andrews, *Brit. méd. jour.* London, 1904, p. 75.
(4) Lewen, *Trans. obst. soc.*, London 1904, tome XLV, p. 418.
(5) Marsha. *Amer. Journ. Surg.and gyn.*, 1902, tome XV ; p.114.
(6) Chandler *New-York, Med. Journ.*, 1903, tome LXXVIII ; p. 320.
(7) Murphy. *Brooklyn med. Journ.*, 1903, tome I, p. 367.
(8) Harris. *Amer. Journ. obst.* New-York, 1904, tome L, p. 117.
(9) Lawrence. *Jour. amer. Med. assoc.*, 1904, tome XLII, p. 534.
(10) Liell *Amer. Jour. Obs.* New-York, 1905, tome LI, p. 762.
(11) Bottger. Thèse Leipzig, mai 1902, n° 56.
(12) Rosenstein. *Berlin. Klinisch. Woch.*, 1903, band. XL, p. 273.
(13) K. Reiffarscheid. *Centralblatt für Gynæk.*, 1903, 30 mai.
(14) Zuntz. *Deutsch. Med. Wochens.*,1903, band XXIX, p. 338.
(15) Orthmann. *Zeitsch.für Geburt.und gynæk.*, 1903, band XLIX ; p 548.
(16) Vassmer. *Monat. für geburt. und Gynæk.*, 1903, band XVIII, p. 881.
(17) Hoffmeier. *Munch. Med. Woch.*, 1904, band. LI, p. 1319.
(18) Ulmann. *Wien. Med. Woch.*, 1904, p. 5.
(19) Michin. *Monat. für geburt, und gynæk.*, 1905, band XXIII.
(20) Woff. *Vratch*, St-Pétersbourg, 1904, tome III, p. 1650.

de Brouha, parue dans les annales de la Société médico chirurgicale de Liège en 1905 (tome 44, p. 75).

C'est en nous basant sur ces récentes observations et sur les nôtres que nous allons entreprendre l'étude de quelques points touchant l'évolution de la grossesse extra-utérine récidivante.

La question de la grossesse extra-utérine évoluant simultanément dans les deux trompes fera l'objet d'un chapitre à part.

ETIOLOGIE

1. Fréquence. — Varnier en 1900 avait bien insisté sur ce fait : *La récidive de la grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine habituellement*.

Tout d'abord quelle est la proportion globale de récidive de grossesse extra-utérine ? A cet égard, les avis sont partagés, diffèrent forcément selon le hasard de la statistique personnelle des auteurs. En 1900 (1), Bouilly sur 80 grossesses extra-utérines opérées, n'avait jamais vu de récidive ; M. Legueu à cette époque n'avait également jamais rencontré de récidive. Sur 40 grossesses extra-utérines opérées par M. Schwartz, jamais la récidive ne s'était produite.

Par contre, Varnier regardait cette récidive sinon comme fréquente, du moins comme possible et susceptible d'assombrir le pronostic ultérieur de l'affection.

« La statistique de Pestalozza de Florence, portant sur cent onze cas, dont quatre-vingt-quinze au moins ne sont pas discutables, celle de Heikel, témoignent de cette fréquence.

A la clinique de Bonn, d'après Karl Reiffarscheid,

(1) Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, octobre 1900.

sur quarante-trois grossesses tubaires opérées, deux sont récidivantes, *ce qui donne 4, 6 %*. Il y en a cinq sur cent sept cas de Kutner, cinq sur quatre-vingt-douze cas de Strauch ; deux sur trente cas de Rumpel » (Lejars).

Sur soixante-trois grossesses tubaires que M. Lejars a opérées depuis 1895, il a noté trois récidives ; ce qui fait que, par addition de ces différentes statistiques, nous pouvons dire que : *sur cent cas de grossesse extra-utérine on en trouve quatre à cinq* de récidivantes.

Mais, en opposition au développement d'une seconde grossesse ectopique après une première grossesse extra-utérine, il faut mettre les cas, plus fréquents encore, d'évolution d'une grossesse intra-utérine, normale, après une première grossesse ectopique. Car c'est la possibilité de la conception normale ultérieure qui constitue le meilleur argument à la conservation de la trompe opposée au cours de la laparotomie pour grossesse tubaire rompue.

Schul, en 1883, trouvait après une première grossesse extra-utérine, douze grossesses normales contre une extra-utérine. Varnier arrive en 1900 à une proportion beaucoup plus faible ; d'un côté, il trouve 63 cas de récidive ectopique de grossesse extra-utérine, en opposition il place la statistique de son élève Funck-Brentano (1) qui réunit jusqu'en 1898, 127 cas de grossesse intra-utérine succédant à une première grossesse

(1) Funck Brentano thèse Paris, 1897-98 : *des grossesses intra-utérines survenant après la grossesse extra-utérine.*

extra-utérine ; *ce qui donne une grossesse extra-utérine pour deux grossesses utérines.*

Pestalozza admet que sur 177 femmes opérées pour grossesse tubaire, 17, soit 10 pour 100, ont eu des grossesses consécutives ; parmi ces 17 grossesses ultérieures, 4 sont extra-utérines, ce qui lui fait conclure que « pour la femme une fois opérée, la répétition de la grossesse extra-utérine est à la grossesse normale comme 1 est à 4. »

Avec Sens, on peut admettre le chiffre moyen de 3 grossesses utérines pour 1 extra-utérine, document important pour la thérapeutique.

2°. Côté. — Dans l'immense majorité des cas la seconde grossesse ectopique se développe du côté opposé, la trompe antérieurement atteinte étant le plus souvent enlevée en son entier avec le kyste fœtal rompu. Dans l'observation de M. Rochard la première grossesse était à droite, la seconde se développa à gauche, bien que les annexes droites trop adhérentes aient été laissées en place après drainage.

Comme cas de récidive du même côté, nous ne connaissons que l'observation de Cœ, dans laquelle, au cours de la laparotomie l'auteur trouva, *du même côté droit*, une première poche, du volume d'une orange, contenant des os fœtaux et qui serait pour l'auteur une vieille poche de grossesse extra-utérine datant de 12 ans, et au-dessous d'elle, une poche récente contenant un fœtus vivant de 3 mois.

3°. Intervalle séparant les deux grossesses. — Com-

bien de temps après la première grossesse survient la seconde ?

Haret se basant sur 20 cas donne :

moins de 2 mois.....	1 cas
de 3 à 12 mois.....	3 cas
de 12 à 18 mois.....	7 cas
de 18 à 24 mois... ...	2 cas
de 2 ans à 3 ans.....	2 cas
de 4 ans.....	1 cas
de 6 ans.....	2 cas
de 8 ans.....	2 cas

Dans les observations que nous avons colligées, nous trouvons comme intervalle entre les deux grossesses :

4 mois	dans une	observation de	Lejars
6 mois	»	»	Reiffarscheid
7 mois	»	»	Rabinovitch
»	»	»	Ulmann
11 mois	»	»	Lawrence
1 an	»	»	Harris
16 mois	»	»	Rochard
»	»	»	Sturmer
18 mois	»	»	Brouha
2 ans	»	»	Lewen
»	»	»	Reiffarscheid
»	»	»	Murphy
4 ans	»	»	Lejars
»	»	»	Sturmer
»	»	»	Lawrence
5 ans et demi	»	»	Demoulin
6 ans	»	»	Lejars.

Que conclure ? Sinon que cet intervalle est des plus variables, et que toute moyenne que l'on pourrait indiquer serait purement théorique et sans aucune utilité pratique !

4°. Age de la malade. — Il ressort de la statistique de Jacobs (1), portant sur 82 cas, que la grossesse tubaire serait surtout fréquente de 30 à 35 ans, et cette prédominance marquée pour un âge relativement avancé de la vie génitale serait en faveur de l'hypothèse d'une altération antérieure de l'appareil génital pour expliquer les grossesses ectopiques ultérieures. Rien de précis ne se dégage de la notion de l'âge au point de vue de la récidive, celle-ci se montrant aussi bien à un âge moins avancé.

5°. Resterait à connaître *quelle malformation anatomique ou fonctionnelle de l'appareil génital* provoque l'éclosion de la grossesse en dehors de son siège normal.

Sur ce point, rien de certain ni de démontré.

Se basant sur la fréquence d'accouchements antérieurs, ou de fausses couches, on a voulu voir en eux les agents provocateurs d'altérations pathologiques de l'appareil génital, à la faveur desquels se développe plus tard la grossesse ectopique. En effet, les deux tiers des malades de Jacobs ont présenté avant leur grossesse extra-utérine, une altération inflammatoire quelconque, de l'utérus et des annexes Aussi a-t-on accusé (Lawson-Tait, Martin, Spiegelberg) la salpingite des-

(1) Jacobs. *Annales de gynécologie et d'obstétrique.* Notes cliniques sur 82 cas de grossesse tubaire. Octobre 1903, p. 268.

quamative, l'*Endo-salpingite*, d'arrêter l'ovule dans sa migration normale vers l'utérus. Par contre, Bland-Sutton, Paquy, Tainturier, arrivent, par l'examen des pièces de grossesse tubaire et par l'expérimentation, à prendre le contre-pied de cette théorie, et à soutenir qu'au contraire une muqueuse saine court plus de risques qu'une muqueuse malade.

D'autres auteurs, à la suite de Karl Abel ont voulu faire jouer un rôle aux coudures congénitales de l'oviducte, qui garderait ses sinuosités infantiles, et dont l'orifice utérin serait, de ce fait, difficilement perméable. Enfin, les adhérences extérieures, les tumeurs de voisinage, la disposition vicieuse du pavillon ont été également incriminées.

Il est évident qu'une malformation quelconque, congénitale ou acquise, est la cause de la grossesse tubaire, et que sa bilatéralité provoque celle de la grossesse ectopique. En supposant que l'endo-salpingite soit en cause, nous savons que sa bilatéralité est pour ainsi dire la règle. Cette salpingite antérieure est rarement notée dans les observations, et cela se conçoit, car il la faut légère, toute altération un peu intense de la paroi tubaire ou du péritoine voisin ayant pour conséquence constante l'oblitération complète et la stérilité. On peut donc, sans rien affirmer, suspecter les accouchements antérieurs ; et, par exemple, chez la malade de notre observation IV nous voyons une première grossesse arriver à terme, suivie quelques mois plus tard d'une fausse couche, suivie elle-même de la première grossesse ectopique.

Dans sa première observation M. Lejars signale la présence de plusieurs fibromes sous-péritonéaux et interstitiels au cours de l'opération de la deuxième grossesse tubaire. Peut-on supposer qu'ils aient agi comme cause prédisposante ?

Enfin M. Hartmann, à la Société d'obstétrique en 1900 émettait l'avis que peut-être les exsudats développés au moment de la première hématocèle pouvaient englober et comprimer la trompe opposée et provoquer ainsi la deuxième grossesse ectopique. Sans nier cette pathogénie, nous croyons qu'il vaut mieux chercher dans la même cause bilatérale le développement successif des deux grossesses tubaires. Aussi l'état des annexes opposées lors de la première opération pourrait peut-être apporter quelque renseignement.

Malheureusement, dans la plupart des observations, il n'en est pas fait mention, Ulmann (Observat. XV), Arrou (obs. IV), ont pratiqué une colpotomie qui n'a pas permis l'examen des annexes. D'autres n'en font pas mention.

Brouha (obs. VI), signale des adhérences tubo-ovariennes, ayant d'ailleurs beaucoup diminué lors de la seconde laparotomie. Sturmer (obs. VIII) note une trompe paraissant saine, avec un ovaire gros et congestionné. Par contre les annexes sont indiquées comme saines dans les observations de Lejars (III) de Sturmer (VII) et de Lawrence (IX).

Mais, de cette apparente intégrité il ne faut pas conclure au rejet de toute responsabilité dans le développement de la future grossesse ectopique. Ou bien l'in-

flammation n'a pas encore atteint ce côté qui ne sera lésé que plus tard, ou bien les lésions d'endo-salpingite minimes ont échappé à l'examen forcément incomplet et rudimentaire de l'opérateur.

Là est évidemment le gros point obscur de la question. Il devra attirer l'attention des opérateurs, car il constitue un renseignement indispensable pour l'établissement d'une thérapeutique logique et raisonnée.

ÉVOLUTION DE LA RÉCIDIVE

1° Dans l'intervalle. — Nous avons vu l'extrême variabilité de cet intervalle entre les deux grossesses. Autant qu'on peut en juger par les observations, cet intervalle est habituellement calme ; la malade guérit, ses règles redeviennent régulières, elle ne souffre pas ; rien d'anormal ne se passe jusqu'à la nouvelle alerte, preuve d'une altération minime de l'appareil génital, minime, mais existant néanmoins, car malgré ce long intervalle (jusqu'à 5 et 6 ans), dans aucune de nos observations on ne signale d'accouchement intermédiaire

Sur les 65 cas de Varnier et Sens, 6 fois s'est produit un accouchement intercalaire, qui, 3 fois seulement, put arriver à terme. Notre série est moins heureuse, les deux statistiques montrent, en tout cas, la rareté de grossesses normales après une grossesse extra-utérine, rareté d'ailleurs mise en évidence par Funck Brentano dans sa thèse.

2° La récidive elle-même. — Nous ne referons pas l'histoire de l'évolution d'une grossesse tubaire ; bien que variable dans sa marche, selon la gravité de l'hémorragie et l'état du péritoine pelvien dans lequel elle

va se développer, elle n'en présente pas moins une physionomie bien particulière qui permet habituellement de la reconnaître : après un retard de quelques semaines, pendant lequel peuvent apparaître quelques vagues symptômes de grossesse, les règles réapparaissent mais plus abondantes, plus noires, plus « en caillots », que normalement. En même temps, la malade présente de fortes douleurs dans le ventre qui se ballonne. Alors, ou l'hémorragie est d'emblée abondante, et on trouve vite le signe de la grande hémorragie interne, pâleur, pouls petit, matité à l'hypogastre, ou l'hémorragie moins abondante s'enkyste et c'est le toucher qui révèle un col utérin gros et mou, plaqué contre la symphyse, une tuméfaction mollasse et douloureuse occupant le Douglas.

Aussi bien que la première grossesse, la récidive revêt l'une de ces physionomies. Mais, et c'est là un point intéressant, y a-t-il comme l'a remarqué Varnier « *tendance de la part de la grossesse ectopique à évoluer suivant un type analogue à celui de la première grossesse par erreur de lieu* ?

Il y aurait là, si cette tendance existait constamment, une précieuse indication thérapeutique, et il serait alors bien imprudent de laisser quelque chance de récidive à une femme laparotomisée une première fois pour inondation péritonéale.

Malheureusement cette tendance est loin d'être constante. Dans l'observation 3 de M. Lejars nous voyons bien deux inondations péritonéales se succéder à quelques mois d'intervalle. Ici il y a bien analogie.

Mais ailleurs, l'évolution est parfois bien différente :

Dans l'observation de Rabinovitch, la première grossesse a eu des symptômes si minimes qu'on ne l'a même pas opérée. Sept mois après, la malade revient avec des symptômes hémorragiques graves.

L'observation de M. Rochard montre la première grossesse prise pour une salpingite et opérée comme telle. Seize mois plus tard la malade est réopérée presque in extremis.

Voilà donc deux cas où une première grossesse a été plutôt insidieuse, la seconde affectant une allure beaucoup plus grave.

L'inverse peut se produire (Harris, obs. X). Pourtant dans plusieurs de nos observations on trouve, à la première laparotomie, une collection minime entourant la trompe rompue, à la deuxième, une grande quantité de sang liquide et en caillots dans le péritoine (2e cas de Reiffarscheid).

Il semble donc bien que, dans beaucoup de cas, l'évolution des deux grossesses successives soit différente, et, si nous nous rapportons à nos observations, nous voyons que plus souvent la deuxième alerte est plus vive que la première ; celle-ci était une hématocèle, celle-la tend vers l'inondation. C'est là, nous semble-t-il, une nouvelle preuve de la nécessité de lésions *minimes* des annexes pour provoquer la grossesse ectopique. Des lésions plus intenses auraient déterminé des adhérences péri-annexielles qui auraient bridé et modéré l'épanchement sanguin, puisque habituellement,

selon l'expression de M. Segond, un péritoine sain permet un épanchement abondant, un péritoine déjà malade n'en admet qu'un petit.

CAS DE GROSSESSE TUBAIRE BILATÉRALE

A côté des cas de grossesses tubaires successives, séparés par un intervalle d'ailleurs variable, doivent prendre place ceux, beaucoup plus rares, exceptionnels, de gravidité simultanée des deux trompes. Nous avons pu recueillir quatre observations de cette nature; au congrès de la Société obstétricale de Vienne, Shanta (1) parlant de cette gestation tubaire simultanée pensait, qu'il y avait seulement *quatre cas rapportés dans la Littérature* et Weinlechnea en rapportait un cinquième personnel.

De nos quatre cas il faut faire un partage immédiat. Dans deux d'entre eux, (observation de Rabinovitch, observat. de Chandler) les deux grossesses ont évolué à des époques différentes ; la première n'a pas nécessité d'opération immédiate, et l'œuf, plus ou moins altéré a été retrouvé au cours de la laparotomie nécessitée par la deuxième. Ces deux cas rentrent donc dans ceux de la récidive banale.

Dans les Annales de gynécologie de mai 1903 Psaltoff, de Smyrne, rapporte d'ailleurs un cas analogue où un fœtus put rester ainsi trois ans dans une poche

(1) Shanta. *Centralblatt für gynæk* : n°2, 1905.

de grossesse tubaire rompue et fut trouvé à la laparotomie nécessitée par une deuxième grossesse ectopique plus bruyante.

Mais dans les deux autres cas (*cas de* Polak *obs. XVIII et cas de* Burford, *obs. XIX*) les deux grossesses paraissent avoir évolué simultanément ou à peu près. On ne trouve qu'une seule crise de rupture, et, dans le cas de Polak, les douleurs sont nettement signalées des deux côtés à la fois, d'ailleurs, la laparotomie dans ces deux cas montre des grossesses de même âge, la fécondation étant effectuée en même temps ou à peu près.

L'hémorragie, dans ces cas, est rapidement mortelle ; malgré l'intervention immédiate, la malade de Polak mourut de collapsus quelques heures plus tard.

TRAITEMENT

En règle générale, toute grossesse extra-utérine, rompue ou en évolution, nécessite une opération ; malgré la bénignité de certains cas d'hématocèles entrées spontanément en résolution et de ceux où, plusieurs années plus tard, à l'occasion d'une seconde laparotomie, on trouve une ancienne poche enkystée restée silencieuse, tout le monde est à peu près d'accord actuellement sur la nécessité de l'intervention.

Mais une autre question, beaucoup plus embarrassante, se pose alors : étant donnée la possibilité de la récidive de la grossesse ectopique, peut-on la prévoir et, de fait, peut-on l'empêcher ? Ou, si l'on ne peut la prévoir, faut-il, de parti pris, afin de parer à toute récidive, supprimer et la trompe gravide et celle qui pourra plus tard le devenir ?

Karl Abel le premier se demanda si la castration bilatérale ne serait pas utile. Depuis, tous les auteurs se sont posés la question ; mais tous ne la résolvent pas de la même façon.

« Il n'est pas douteux, dit M. Lejars, qu'en présence d'annexes reconnues saines à la première laparotomie, on ne doive s'abstenir, et la crainte d'une récidive,

fût-elle encore plus justifiée, ne saurait légitimer chez une femme jeune la castration préventive ».

Par contre, signalant le cas d'une malade déjà opérée une première fois et qui mourut rapidement d'hémorragie à sa récidive, Lawrence dit : « Ce cas montre à l'évidence le danger d'une telle pratique (la conservation) : il faut se souvenir que la grossesse ectopique ne se présente jamais avec un utérus et des trompes normaux, qu'elle est toujours précédée d'une affection utérine, que la forme spéciale de la maladie tubaire (salpingite desquamative) est bilatérale, qu'il y a toujours une péritonite concomitante localisée affectant le péritoine tubaire, que les chances d'une grossesse normale sont de ce chef fort légers, que le danger d'une grossesse tubaire méconnue ne peut être évalué, que la grossesse extra-utérine peut se rompre avant d'être soupçonnée, et que la grossesse ectopique rompue est très propre à causer la mort ».

L'auteur est certainement pessimiste, surtout quant à la gravité de la rupture tubaire, qui reconnue et opérée à temps, donne les meilleurs résultats.

Lawson Tait va encore plus loin : « Laisser une trompe de Fallope à une femme victime d'une grossesse extra-utérine, c'est mettre en danger, sans besoin, sa vie pour l'avenir, si ce n'est pas criminel. »

Pour lui, le doute n'existe pas ; *toujours on doit tout enlever*. C'est sans doute aller bien loin. Malheureusement, ce qui manque, ce sont les indices permettant de prévoir la récidive. Tous les auteurs recommandent l'examen minutieux des annexes opposées, lors de la

première intervention, pour en pratiquer l'ablation, au cas de leur altération. Mais, combien de fois cet examen n'a-t-il rien donné chez une malade que frappera la récidive ? Et certains auteurs ne prétendent-ils pas qu'une muqueuse tubaire saine est plus apte à loger une grossesse qu'une muqueuse malade ?

Il sera cependant plus sage de pratiquer l'ablation de la trompe opposée altérée, dans la crainte d'une récidive dont on ignore encore exactement la cause et, parce que, pour peu que son altération soit intense, elle condamne la femme à la stérilité.

Quand elle est saine on doit la laisser. Cependant, si la femme dépasse 35 ans, si, mal réglée, souffrant de métrites, elle n'a jamais fait qu'ébaucher, sans les conduire à terme, des grossesses normales, si la première rupture a été grave et que la surveillance de la malade soit difficile dans la suite, il sera plus prudent d'enlever cette trompe soi-disant saine, et de ne pas, dans l'espoir chimérique d'une grossesse utérine, exposer la malade à une seconde inondation.

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

L'évolution de deux grossesses tubaires est successive.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lejars).

Une dame de 35 ans avait été opérée il y a six ans par un chirurgien de Paris, d'une grossesse extra-utérine droite rompue. Elle avait guéri, et depuis lors, aucun accident pelvien n'était survenu. Pas de grossesse utérine intermédiaire.

Dans les premiers jours d'avril 1904, après un retard de trois semaines, elle est prise d'une perte très abondante et douloureuse ; l'écoulement sanguin se prolonge. Pourtant notre malade croit pouvoir se rendre aux environs de Paris ; mais, le soir de ce déplacement une première crise se produit, caractérisée par un état syncopal, le retour des douleurs et la recrudescence de l'hémorragie. Tout se calme encore. Deux jours plus tard, nouvelle crise fort alarmante cette fois : le pouls est très petit, la pâleur extrême, le ventre ballonné. Je vois la malade à neuf heures et demi du soir : elle s'est « remontée », le pouls est assez bon, à 110 ; la température à 37° ; la langue humide, le facies toujours pâle. Au toucher, je trouve le col largement ouvert et mou ; en arrière et à gauche, je perçois une sorte de voussure qui remplit le cul-de-sac et se délimite mal. Le ventre est ballonné, très sensible sur-

tout à gauche, « en défense » ; j'arrive pourtant à reconnaître une grosse masse, surtout étendue à gauche, et dont le rebord supérieur se retrouve assez nettement.

Grossesse extra-utérine gauche. avortement tubaire, fissuration incomplète. en plusieurs temps, de la poche : tel nous paraît être le diagnostic qui s'impose. Il n'y a pas de signes d'inondation péritonéale ; l'intervention ne se présente pas comme absolument urgente, et d'ailleurs, dans les conditions où nous nous trouvons, elle ne saurait être pratiquée séance tenante.

On prend les dispositions nécessaires pour que tout soit prêt le plus tôt possible ; la malade est attentivement surveillée, on recouvre le ventre de glace ; on injecte du sérum. Nul accident nouveau ne se montre, du reste, dans les quarante-huit heures qui suivent, et le 18 avril, avant l'opération, le pouls est bon, à 100, la langue humide ; le ventre moins tendu et laissant même sentir la grosse collection qui l'occupe surtout du côté gauche.

La laparotomie est pratiquée sur la ligne médiane, dans l'ancienne cicatrice (qui d'ailleurs est toute normale, sans aucune adhérence à sa face profonde). Le péritoine pariétal est noirâtre ; il y a peu de sang liquide, mais de nombreux caillots noirs dans le ventre. Dès que la première détersion est achevée, la malade étant légèrement inclinée, nous découvrons une volumineuse poche hématique remplissant le côté gauche et postérieur du bassin, et refoulant l'utérus en avant ; elle est adhérente sur tout son pourtour au moyen de brides courtes, friables, récentes, et est fissurée à sa partie postérieure et interne. On la décortique et on l'extrait après avoir pincé et sectionné le ligament large. L'utérus est gros, mou, parsemé de petits fibromes sous-péritonéaux et interstitiels ; on l'enlève par hystérectomie supra-vaginale. On extrait de même l'appendice, qui est très long, épais, dilaté en ampoule à son extrémité, encroûté de sang et adhérent à la poche. Enfin,

après une nouvelle toilette du ventre et du bassin, on ferme à trois plans en laissant deux drains.

Les suites de l'intervention furent en tous points heureuses ; la guérison eut lieu sans incident.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lejars).

« Il s'agit d'une femme de trente et un ans que j'avais opérée quatre ans auparavant, d'une grossesse tubaire gauche rompue. Elle rentrait dans mon service le 15 juin 1903 avec tous les signes d'une grossesse tubaire droite en voie de rupture successive. Le 24 juin, les accidents, s'étant subitement aggravés je la fis opérer d'urgence par mon interne, M. Duclaux : la trompe droite, grosse comme un intestin grêle, était rompue dans son tiers interne, non loin de la corne utérine ; des caillots remplissaient le cul-de-sac vésico-utérin. On pratiqua l'ablation de la poche et l'hystérectomie supra-vaginale, puis la ligne de section fut péritonisée et la paroi réunie sans drainage. Guérison ».

Cette malade n'avait pas présenté de grossesse utérine intermédiaire.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lejars).

« Ma troisième malade a une histoire plus dramatique encore : les deux ruptures, toutes deux suivies d'inondation péritonéale, eurent lieu dans la même année à quelques mois de distance. C'était une femme de 28 ans que j'opérais d'urgence le 22 janvier 1903 d'une grossesse tubaire droite, rompue et accompagnée de tous les accidents de la grande hémorragie : le kyste tubaire fœtal

avait éclaté au niveau du quart interne de la trompe. Tout se passa bien, et la malade sortait guérie fin février. J'ajoute qu'au cours de cette intervention, l'utérus et les annexes avaient été reconnus complètement sains. Le 16 mai suivant, cette pauvre femme m'était ramenée dans la matinée, pâle, froide, le ventre distendu, perdant du sang depuis deux jours, à la suite d'un retard de deux semaines environ. Je l'opérai séance tenante : je trouvai dans le ventre une quantité énorme de sang liquide et de caillots, et un kyste fœtal tubaire gauche, rompu et contenant un fœtus de un mois et demi. J'enlevai la poche, je liai en chaîne le ligament large et le péritonisai, puis le bassin fut évacué et nettoyé et la paroi réunie avec deux drains. Cette fois encore, notre malade guérit ».

OBSERVATION IV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Dr Demoulin).

Mme D... 26 ans, entre salle Delessert, hôpital Tenon le 24 janvier 1906 pour crises douloureuses de l'abdomen.

Antécédents héréditaires : normaux.

Antécédents personnels : née à terme ; jamais de maladie sérieuse. Réglée à 17 ans ; fort irrégulièrement au début, régulièrement toutes les trois semaines dans la suite.

Premier accouchement à terme il y a sept ans. Enfant vivant ; pendant cette grossesse la malade avait présenté plusieurs métrorragies assez abondantes, une à 3 mois et demi, la seconde à 6 mois, la dernière à 8 mois. La grossesse put néanmoins évoluer normalement.

Un an après cette première grossesse, sans retard de règle antérieur, la malade présente pendant un mois et

demi une métrorragie assez abondante et persistante qui cesse spontanément.

Mais six mois plus tard, à la suite d'un retard d'une quinzaine de jours, la malade est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, douleurs irradiant vers l'aine et la région lombaire, maximum à gauche et s'accompagnant d'un écoulement sanguin noirâtre minime au début et abondant dans la suite. L'hémorragie et la douleur persistant, elle entre à St-Antoine, où on l'opère deux jours après son arrivée.

M. Arrou lui fait une colpotomie qui donne issue à une grande quantité de sang noir, en caillots, fétide, et tendant vers la suppuration. L'œuf n'est pas trouvé ; drainage pendant trois semaines ; la malade sort guérie quelques jours plus tard.

Depuis cette première affaire, la malade pendant 5 ans reste parfaitement bien portante, ses règles sont régulières, non douloureuses, il n'y a pas ou presque pas de pertes blanches.

Histoire actuelle. — Dernières règles le 25 octobre 1905.

Vers le 15 janvier la malade est prise brusquement de douleurs violentes dans le bas-ventre, surtout à gauche ; le médecin pensant à une hématocèle envoie la malade à Tenon.

A l'examen on trouve un col mou, ou plutôt légèrement ramolli et entrouvert ; le corps paraît un peu gros. A gauche, nettement séparée de l'utérus par un léger sillon on trouve une tumeur arrondie, assez bien limitée, douloureuse à l'examen et peu mobile. Son volume est celui d'une petite mandarine, le cul-de-sac postérieur est libre. Plusieurs examens successifs.

Huit jours après l'entrée, la malade présente une perte assez abondante, durant environ une semaine, non douloureuse. A un nouvel examen on trouve de profonds changements dans les signes physiques : l'utérus est rejeté

en avant et collé contre la symphyse. Le cul-de-sac postérieur est distendu par une masse pâteuse, douloureuse au toucher que le doigt déprime. Elle se prolonge insensiblement vers la gauche.

Opération le 5 février, laparotomie médiane, péritoine pariétal et épiploon noirâtres ; sang liquide et nombreux caillots occupent le petit bassin. Après détersion on tombe sur la trompe gauche très épaissie et rompue, d'où s'échappent encore des caillots et un œuf intact d'environ deux mois. Ablation.

On inspecte alors l'autre côté et on trouve la trompe droite bridée et cachée par des adhérences, coudée sur elle-même, présentant des traces évidentes d'altération ancienne. Hystérectomie subtotale. Guérison.

Réflexion. L'ancienne colpotomie d'il y a cinq ans avait évacué une hématocèle développée certainement au dépens de la trompe droite. Il faut noter aussi que la rupture de la 2e grossesse s'est produite dans le service, peut-être sous l'influence d'examens répétés.

OBSERVATION V

(*inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Rochard).

Mme Ch., 35 ans, est soignée une première fois à Tenon, salle Richard-Wallace, *au mois de juillet 1904*. Elle est alors considérée comme atteinte d'une salpingite droite. Pourtant, certains antécédents pouvaient faire songer à une grossesse ectopique : la malade, assez bien réglée habituellement, avait présenté un retard de quatre semaines, suivi d'une perte assez abondante et persistante de sang noirâtre, au cours de laquelle elle entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve, du côté droit, une tuméfaction

pâteuse, irrégulière, mal séparée du corps utérin, prolatée au fond du Douglas, très douloureuse à l'examen. D'abord relativement petite, elle grossit en plusieurs poussées successives, jusqu'à remplir entièrement le cul-de-sac postérieur.

Le diagnostic porté est salpingite droite, et on pratique le 21 juillet 1904 la laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve, au milieu d'adhérences extrêmement résistantes, une poche sanguine enkystée, pleine de caillots, au milieu de laquelle on ne peut isoler la trompe. Il s'agit évidemment d'une hématocèle enkystée consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire de ce côté. Devant l'impossibilité de décortiquer la poche, on la laisse, en établissant un large drainage. Les suites opératoires sont normales, la malade sort guérie au bout de quelques semaines.

(L'état des annexes opposées n'est pas noté dans cette première observation).

La malade entre de nouveau dans le même service au mois de novembre 1905, 16 mois après la première opération. Elle présente des accidents péritonéaux graves, un ventre ballonné et douloureux partout, avec crises douloureuses paroxystiques. Le pouls est à 120, la température à 37°. La malade présente une métrorragie noirâtre ; elle dit n'avoir pas eu de retard dans ses règles. Le toucher ne révèle rien de précis ; le palper extrêmement douloureux est impossible La malade présente une légère leucocytose avec diminution des globules rouges. On la met au repos avec de la glace, et des injections de sérum artificiel.

A 6 heures du soir, l'état s'aggrave : le faciès est anémique, le pouls fréquent et petit, bientôt incomptable, une syncope est à craindre. La malade est opérée d'urgence par M. Michon aidé de M. Beaudoin. Dès l'ouverture du ventre, issue de sang liquide et de caillots en grande

abondance ; après détersion on arrive sur l'utérus, et on trouve sar la *trompe gauche* un petit kyste rompu, de la grosseur d'une noix, d'où s'écoule du sang. L'œuf ne peut être retrouvé. Ligature en dedans et en dehors et excision ; fermeture avec drain, sérum et caféine.

La malade guérit parfaitement, malgré l'évolution, quelques jours après l'opération, d'un parotidite n'arrivant pas à la suppuration.

OBSERVATION VI

BROUHA. — Un cas de grossesse tubaire récidivante. (*Annales de la Soc. m. chir. de Liège*, 1905, tome XLIV, p. 175).

Femme de 25 ans, mariée à 20 ans, sans passé génital pathologique. Après une année de mariage elle fait une fausse couche vulgaire. Un an plus tard, deuxième fausse couche. La 3e année de mariage, nouvelle suspension des règles ; à l'époque menstruelle suivante, perte de caillots avec membranes, quinze jours plus tard (deux mois et demi de grossesse) accident intense rappelant une hémorragie interne, suite de rupture de grossesse tubaire.

Opération : ventre rempli de caillots et de sang fluide. Annexe gauche présentant au bord supérieur de la trompe un petit orifice de forme irrégulière ayant 5 millimètres de diamètre. La trompe est à peine distendue, et son extrémité ampullaire est fusionnée avec la surface de l'ovaire au point où, dans ce dernier, siège le corps jaune vrai. De nombreuses adhérences et de fausses membranes revêtent la surface de la trompe et de l'ovaire. Résection.

Un an et demi après, nouvelle suspension des règles. A la deuxième époque menstruelle absente, écoulement sanguin rappelant par son abondance le flux cataminial ordinaire, mais se caractérisant par l'évacuation d'une

membrane. Dix jours plus tard, survient brusquement une vive douleur dans l'hypogastre droit, avec crise syncopale et fortes nausées. Une attaque plus forte dans la soirée, nécessite la laparotomie. Le ventre est rempli de sang provenant des annexes du côté droit qui sont enlevées. Guérison. La pièce enlevée se compose de la trompe et de l'ovaire droits. Ce dernier est tout à fait libre et ne présente aucune trace de fausse membrane. La trompe fortement dilatée présente quelques fausses membranes minces. Elle montre à sa partie inférieure, au niveau de son bord supérieur un large orifice par lequel fait saillie une importante touffe de villosités choriales.

OBSERVATION VII

STURMER. — 4 cas de grossesses extra-utérines rompues sur deux femmes. Ablation par laparotomie, guérison. — (*Transaction obstet. Soc.* London, 1904, p. 144).

Premier cas. — Mme Q., 33 ans, 3 enfants, le dernier âgé de 2 ans et 7 mois, une fausse-couche en 1893. Le 27 août 1897, douleur extrêmement violente dans le bas-ventre, nécessitant l'entrée à l'hôpital le 29 août. On porte le diagnostic de grossesse tubaire gauche rompue. Laparotomie ; à l'ouverture du péritoine, écoulement d'une quantité considérable de sang fluide. A gauche de l'utérus existe une trompe rompue, entourée de caillots. L'ovaire et la trompe droite étaient sains. La trompe gauche est distendue, petite à son extrémité utérine, elle forme une poche énorme à la partie moyenne, contenant un embryon.

La patiente guérit.

Elle fut réadmise à l'hôpital le 17 mars 1901 pour violentes douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite, et pour métrorragie durant depuis 10 jours. Elle accuse de

l'aménorrée pendant deux mois auparavant. Opération. Ablation d'un kyste tubaire rompu.

L'ovaire droit, très volumineux, contient un corps jaune vrai. La trompe est épaissie et congestionnée. L'extrémité du pavillon est adhérente à l'ovaire qui forme une des parois du sac de gestation. Aucun embryon ne peut être découvert ; seules des villosités choriales sont démontrées d'une façon certaine. Guérison.

OBSERVATION VIII

2e cas. — R., 35 ans. Trois enfants, le dernier âgé de 10 ans. Réglée à 13 ans, régulièrement. Dernières règles il y a deux mois passés. Le 18 février, douleur agonisante dans le bas-ventre avec gonflement uniforme de l'abdomen. Pas d'écoulement vaginal. Température 99F, pouls 140. Le 22, examen vaginal sous le chloroforme, utérus augmenté de volume, repoussé à gauche. A droite, empâtement attribué à la rupture de la trompe.

Laparotomie. A l'ouverture du ventre, écoulement d'une grande quantité de sang fluide et foncé. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. L'utérus est gros, l'ovaire gauche est sain mais paraît très congestionné. La trompe droite est rompue à son tiers moyen, un large caillot sanguin y est adhérent. On y trouve des villosités choriales mais pas d'embryon. Guérison le 2 avril 1901.

Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade reste bien portante et présente ses dernières règles il y deux mois passés, lorsqu'il y a douze jours elle est prise de douleurs à gauche du bas-ventre et entre de nouveau à l'hôpital le 2 juillet 1902. La moitié gauche du bas-ventre est très sensible à la palpation. On y décèle une tumeur demi-fluctuante. Le 4 juillet laparotomie; il s'écoule du sang fluide. Ablation de la trompe, qui est rompue en son milieu

entourée de caillots sanguins et de villosités choriales. Elle est très dilatée de ce point à son extrémité, et il existe, près du pavillon, un petit embryon d'un quart de pouce de long. Guérison.

OBSERVATION IX

LAWRENCE — Grossesse ectopique bilatérale en 14 mois chez la même patiente. (*Journal médical american. associat.*, 1906, tome XLII, p. 536.

X..., 26 ans, vue en consultation par le docteur Karr en mai 1902. Bien portante, robuste ; elle présente des troubles nerveux marqués. On trouve à gauche de l'utérus une tumeur sensible à la palpation qui permet, avec les autres symptômes que présente la malade, de penser à une grossesse ectopique. L'opération est pratiquée le 4 mai, et on trouve une grossesse tubaire gauche que l'on enlève.

A la demande du médecin et de la patiente, la trompe droite, saine en apparence, est laissée en place.

Le 26 juin 1903, X... présente de nouveau des symptômes de grossesse et des signes surajoutés, signes habituels d'augmentation de volume et de sensibilité de la trompe droite.

Quelques semaines plus tard, l'augmentation de volume est si marquée que l'on pense naturellement à une nouvelle grossesse ectopique.

Opération le 27 juillet et ablation d'une grossesse tubaire droite non rompue. La trompe était sur le point de se rompre.

L'auteur rappelle qu'il a eu l'occasion d'observer avec Lawson Tait un autre cas où la récidive eut lieu quatre ans après la première grossesse ectopique et se termina par la mort.

OBSERVATION X

HARRIS.— Grossesse ectopique récidivante (*American Journ. obstet.* New-York, 1904, tome L, p. 116).

Mme X..., 26 ans, deux enfants, le dernier il y a 7 ans. Pas de fausse couche. Entre à l'hôpital le 20 mai 1903 avec tous les signes d'une hémorragie interne, état de collapsus. Laparotomie. Abdomen rempli de sang et de caillots d'où est extrait un fœtus mesurant environ 10 pouces de long. Guérison.

La patiente fut réglée toutes les quatre semaines après avoir quitté l'hôpital. A partir du 18 février 1904, écoulement de sang par le vagin, avec caillots presque chaque jour et douleurs violentes dans la région hypogastrique, surtout à gauche. Douleurs presque quotidiennes jusqu'au 13 mars. Le 17, perte considérable de sang très foncé. Les coliques continuent quoique peu accentuées malgré un repos au lit de quelques jours. Le 22 mars, en se redressant elle ressent des douleurs vives dans la région lombaire gauche, étendues bientôt à tout l'abdomen. L'utérus est en position normale, avec une tuméfaction au-dessus et à gauche de lui.

Le 23 mars, laparotomie. Une pinte ou deux de sang dans la cavité abdominale : quelques caillots partiellement organisés adhèrent au péritoine pariétal et à l'intestin. La trompe gauche a environ huit pouces de long et un pouce 3/4 de diamètre. Elle est fermée à l'ostium abdominale ; à la surface postérieure de la trompe où les adhérences sont rompues, du sang artériel rutilant s'échappe d'une large perforation ; la trompe est enlevée complètement. Guérison.

OBSERVATION XI

LEWEN. — Grossesse ectopique répétée. (*Transact. Obst. soc. London*, 1904, tome XLV, p. 418).

La malade est vue la première fois le 6 septembre 1901, avec tous les signes d'une grossesse extra utérine rompue. Elle avait alors 27 ans, était mariée depuis 7 ans, et avait eu deux enfants, le dernier, quatre ans auparavant.

Laparotomie, grande quantité de sang dans l'abdomen et fœtus d'environ trois pouces et demi, la grossesse ectopique était à gauche. Guérison. Etat reste normal jusqu'au 30 septembre 1903.

A cette époque, les mêmes symptômes se reproduisent. Laparotomie, et grossesse tubaire rompue à droite. L'œuf était complètement chassé de la trompe et gisait dans le cul-de-sac de Douglas, entouré d'une masse de caillots. Fœtus d'environ trois quarts de pouce de long. Guérison.

OBSERVATION XII

MURPHY. — Grossesse ectopique récidivante (*Brooklyn medical Journal*, 1903, tome XVII, p. 84).

Femme de 27 ans, mariée depuis quatre mois, réglée à 14 ans, normalement. Dernières règles le 4 mai 1901, jusqu'au 22 mai elle se portait bien. Soudainement elle fut prise d'une douleur violente dans la région ovarienne gauche. L'abdomen était sensible et ballonné, le pouls rapide. Sous l'anesthésie il était facile de sentir une tumeur dans la région ovarienne gauche.

Opération. Grossesse tubaire rompue. Ablation. Guéson.

Vers la fin de mai 1903, crises péritonéales violentes reparaissent et durent environ 7 semaines, nécessitant l'entrée à l'hôpital. L'abdomen est distendu et il existe des douleurs dans la région ovarienne droite. Par le toucher vaginal on sent de la voussure du cul-de-sac droit. Le pouls est à 116, la température à 102 F. Laparotomie. A l'ouverture du ventre on trouve, dans le péritoine, une quantité de sang fluide et des caillots. Ablation de la trompe et de l'ovaire. La trompe n'est pas rompue. L'auteur ne peut trouver l'origine de l'hémorragie, il conclut à l'existence d'une grossesse ectopique, avec écoulement de sang par le pavillon.

OBSERVATION XIII

KARL REIFFARSCHEID. — Deux cas de grossesse tubaire récidivante. (*Centralblatt für Gynæk.* 1903, n° 22).
(Résumée).

Premier cas. — Femme de 35 ans. Fausse couche il y a deux ans, compliquée de péritonite qui la retint au lit cinq semaines.

Au début de juin 1899, elle commence à souffrir. Expectation pendant trois semaines lorsque le retour de douleurs abdominales graves nécessitèrent une intervention opératoire.

Laparotomie. On trouve à droite de l'utérus une tumeur du volume du poing, la trompe gauche et l'ovaire sont laissés en place. Guérison.

L'examen de la tumeur montre que c'était un cas d'avortement tubaire avec fœtus de trois mois.

En juin 1901, deux ans plus tard, elle présente les mêmes symptômes abdominaux, et fut de nouveau admise à l'hôpital, où l'on fit le diagnostic de grossesse tubaire

gauche rompue. Pour éloigner autant que possible une seconde laparotomie, la tumeur fut ponctionnée par le vagin, d'ailleurs sans résultat.

Deuxième laparotomie et ablation, à gauche de l'utérus, d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur contenait une grossesse tubaire au second mois. Guérison.

OBSERVATION XIV

2e Cas. — Femme de 22 ans. Deux accouchements spontanés normaux, le dernier en octobre 1897. Deux fausses couches à deux et trois mois entre les deux grossesses normales. Règles irrégulières avec intervalle de deux à sept semaines. Les dernières ont lieu en octobre 1902, moins abondantes qu'habituellement. Durant les deux dernières semaines, douleur dans la région inguinale droite. La palpation révèle la présence d'une tumeur à droite de l'utérus, et semblant appartenir à l'ovaire.

Le 17 octobre 1902, laparotomie et ablation d'une tumeur contenant un fœtus de six semaines. Pas d'adhérences. Guérison.

Le 13 mars 1903, la femme revient à la clinique, se plaignant de graves douleurs abdominales remontant à huit jours. Collapsus immédiatement avant l'opération. On distingue facilement une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen.

Laparotomie. Abdomen rempli de sang. Trompe gauche rompue. Ligature et ablation de la trompe. Guérison rapide.

OBSERVATION XV

(ULMANN. 1 cas de grossesse tubaire récidivante. *Wiener Med. Wochenschrift*, 1904, p.5).

Femme de 29 ans, deux accouchements normaux six et quatre ans avant ; pas de fausse couche. Règles régulières jusqu'à il y a 7 semaines, durant 3 ou 4 jours. Au commencement de janvier 1903 les règles apparurent pour la dernière fois et furent normales. Elles furent absentes en février. A ce moment, douleur dans le ventre et élancements avec hémorragie légère de deux jours, qui se répéta huit jours plus tard. A ce moment, des douleurs abdominales l'amènent à l'hôpital ; à l'examen de la malade, on trouve un utérus un peu augmenté de volume, un col fermé ; la trompe gauche est augmentée de volume et facilement séparable de l'utérus. Les annexes droites sont normales. On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Opération vaginale le 28 février. Après ouverture du Douglas, issue de sérosités sanglantes ; un doigt introduit dans la plaie saisit la trompe qui a éclaté en un point de sa face postérieure. On l'attire en bas et on l'enlève. La préparation montre une trompe éclatée peu auparavant et contenant un embryon, de 3 mois environ. Drainage et guérison.

Après l'opération la femme se sent très bien ; elle est réglée normalement en juillet. Mais l'hémorragie ne s'arrête pas et persiste à un faible degré ; douleur légère dans le bas-ventre du côté droit ; qui devient bientôt de plus en plus forte et irradiée dans la cuisse droite. En septembre, la palpation du ventre montre, à droite et en bas, un peu de sensibilité à la pression. Par le toucher vaginal, on sent une légère résistance dans le cul-de-sac ; l'orifice utérin

est assez dilaté pour introduire le bout du doigt. L'utérus est augmenté de volume, à sa droite il existe une tumeur de la grosseur du poing, douloureuse quand on la mobilise, assez molle, et facilement séparable de l'utérus. On porte le diagnostic de grossesse tubaire droite. Le 25 septembre, la malade se plaint de fortes douleurs, la tumeur est moins grosse et moins bien limitée. On pense à l'éclatement de la trompe et on opère le 27. Extirpation vaginale de l'utérus et des annexes, contenant l'œuf. Drainages. Guérison le 14 octobre.

Le fœtus n'existe pas, mais l'enveloppe de l'œuf examinée au microscope permet d'affirmer l'existence de villosités choriales.

DEUXIÈME GROUPE

Les deux trompes contiennent un fœtus d'âges différents.

OBSERVATION XVI

(Inédite).

Due à l'obligeance de M. Rabinovitch, interne des Hôpitaux.

Mme Ch..., 25 ans, bien portante habituellement, sans accouchement antérieur, se présente une première fois à la consultation de M. le Dr Beurnier à Tenon au mois de juin 1904. Après un retard de six semaines environ, la malade présente une perte assez abondante de sang noirâtre, accompagnée de douleurs violentes dans le bas-ventre. Température, 38,5. A l'examen, très douloureux, on trouve une masse de moyen volume, occupant le cul-de-sac postérieur, se prolongeant insensiblement vers la droite. La malade, pour laquelle on pense à un avortement compliqué d'infection utérine et péri-utérine est mise au repos (plan, injections) et s'améliore rapidement. Elle reste en traitement pendant un mois ; au bout de ce temps les signes physiques s'étaient atténués considérablement.

Elle revient à la consultation au mois de décembre de la même année, présentant une histoire analogue, retard de 5 semaines environ, puis douleur brusque dans le ventre avec métrorragie. Cette fois les symptômes sont beaucoup plus marqués que la première fois ; la malade est pâle et souffre beaucoup. A l'examen on sent une masse fluctuante saillant dans le Douglas, et rejetant l'utérus sur

la symphyse. Cette fois on fait le diagnostic de rupture de grossesse tubaire ; la malade est mise au repos absolu, en surveillance minutieuse. Le lendemain l'état général semble s'être aggravé, le pouls est fréquent et petit, la malade est lypothimique et pâle. On l'opère aussitôt.

Laparotomie (M. Rabinovitch). On décolle un grand épiploon épaissi et noirâtre, partiellement adhérent au petit bassin. Au-dessous de lui, on trouve des caillots noirâtres, et du sang liquide au milieu duquel flotte un embryon d'environ 6 semaines ; la trompe gauche est rompue et saigne. On pratique l'examen du côté opposé et on trouve une trompe droite adhérente et augmentée de volume. Croyant à une salpingite de ce côté, l'opérateur pratique l'hystérectomie subtotale, au cours de laquelle il constate que la masse annexielle droite est formée non seulement par la trompe, mais par une cavité limitée par des adhérences intestinales et pariétales ; dans cette cavité on trouve une sorte de mastic brun, au milieu duquel est encastré un autre embryon, dont la tête était séparée du reste du corps ; il présentait le même âge environ que celui du côté opposé, et devait correspondre au premier séjour de la femme à l'hôpital. La malade guérit parfaitement.

OBSERVATION XVII

CHANDLER. — Grossesse extra-utérine double. — (*New-York, medical Journal*, 1903, tome LXXVIII, page 320).

Femme de 26 ans ; gonococcie vaginale quelques semaines après son mariage. Région pelvienne toujours un peu douloureuse. Règles régulières jusqu'à la cinquième année de mariage : en juillet 1902 cessation des règles et

grossesse : un mois plus tard les douleurs abdominales deviennent plus intenses. Le 18 septembre, attaque de péritonite qui dure jusqu'au début d'octobre. Elle suppose avoir eu une fausse couche à cette époque.

Le 30 octobre, règles normales pour la dernière fois. En janvier 1903 elle ressent une douleur vive dans la région pelvienne gauche et s'évanouit. A l'examen, on trouve deux tumeurs situées de chaque côté de l'utérus ; celle de gauche est la plus volumineuse ; les deux tumeurs sont immobiles et donnent l'impression d'une trompe fortement augmentée de volume. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, récente à gauche, et ancienne à droite.

Opération immédiate. A droite on trouve dans la trompe qui avait été probablement le siège de gonorrhée, les parties fœtales et des membranes, donnant l'indication d'une première imprégnation en juillet 1902 ; à gauche, grossesse tubaire récente ; le fœtus est en parfait état et a succombé au moment de l'opération ou peu de temps auparavant.

TROISIÈME GROUPE

L'évolution des deux grossesses paraît simultanée.

OBSERVATION XVIII

POLAK. — Double grossesse ectopique. — Rupture intra-péritonéale (*Brocklyn médical journal*, 1904, tome XVIII, p. 148).

Femme de 36 ans ; deux enfants ; dernières règles en janvier 1904. Pas d'affection annexielle antérieure. Bien portante depuis sa dernière grossesse.

Le 1er mars 1904 douleurs violentes et soudaines *du côté gauche* du ventre : quelques heures plus tard nouvelle douleur intense *du côté droit*. Etat de collapsus. A l'examen légère sensibilité du flanc droit, et contracture générale de l'abdomen. Pouls 120. Par le toucher vaginal, col déchiré avec un utérus rejeté vers la symphyse, pas de trace d'inflammation ni d'hémorragie dans le cul-de-sac. Opération. Laparotomie : il existe une double grossesse ectopique rompue ; grossesse gauche insterstitielle avec rupture intra-péritonéale : grossesse droite occupant la partie libre de la trompe, également rompue dans l'abdomen. Ablation des trompes.

Etat de collapsus marqué, mort le lendemain de l'opération.

Nota : L'auteur ajoute : je rapporte ce cas car je le crois unique.

OBSERVATION XIX

BURFORD. — Grossesse ectopique simultanée dans les deux trompes. — (*Med. Press. and. circular*, 1905; tome LXXIX).

Femme de 33 ans. Une grossesse normale il y a douze ans. Deux ans plus tard, accouchement prématuré avec placenta adhérent. Quelques troubles les années suivantes, les derniers, environ trois ans avant la date actuelle. Depuis, règles normales, la dernière période commençant le 7 septembre 1904. En octobre, la période menstruelle manque, et en novembre, apparition d'un écoulement sanguin quotidien, persistant jusqu'au 28 novembre 1904, date de la consultation. Durant cette période, douleur constante dans l'abdomen avec exacerbations aiguës. Sensibilité abdominale diffuse autour de l'ombilic. La percussion de l'abdomen ne donne rien de précis ; le toucher vaginal montre un utérus dévié à droite, peu mobile, augmenté de volume et flanqué d'une tuméfaction diffuse, résistante, surtout à gauche. Le lendemain, étant au lit, syptômes brusques d'hémorragie interne, nécessitant la laparotomie immédiate.

Petite quantité de caillots récents ; pas d'adhérences épiploïques ni intestinales ; le sang nettoyé, on trouve une tumeur très adhérente de la dimension d'une orange qui fut difficilement énucléée. C'était un sac de gestation gauche, renfermant un fœtus. Une exploration plus complète montra une augmentation tubaire de moindre dimension et de consistance plus ferme à droite ; ce n'était autre chose qu'un second sac de gestation contenant un fœtus. Guérison.

Le sac ectopique *du côté droit siège* à l'extrémité ampullaire de la trompe, il mesure quatre centimètres à sa

partie la plus large et est rempli de sang dans les deux tiers de son étendue. Le reste du sac est occupé par le fœtus

Le pavillon de la trompe de ce côté est ouvert et son ouverture mesure environ 8 millimètres. L'ovaire contient un récent corps jaune. Il ressort de cette description qu'il s'agit d'une grossesse tubaire convertie en kyste par une hémorragie et que, vraisemblablement, cette hémorragie s'est propagée au péritoine à travers l'extrémité ouverte de la trompe. Le fœtus droit mesure 38 millimètres.

La pièce *gauche* présente à peu près les mêmes caractères. C'est un kyste tubaire mesurant quatre centimètres de largeur et cinq et demi de longueur. Plus de la moitié est occupée par des caillots sanguins et des villosités choriales. Le reste est occupé par le fœtus, qui mesure 41 millimètres de longueur. Les dimensions des deux fœtus (38 et 41^{mm}) semblent indiquer qu'ils sont à peu près à la même période de développement, et que, s'ils n'ont pas été conçus en même temps, ils doivent l'avoir été à intervalle très rapproché. Les fœtus correspondent à peu près à un âge de huit semaines.

CONCLUSIONS

1° L'évolution successive de grossesses extra-utérines est un fait fréquemment observé en clinique, ainsi que l'attestent de nombreuses observations récentes.

2° L'existence de grossesses extra-utérines simultanées dans les deux trompes est extrêmement rare. Il en existe pourtant quelques cas dont l'authenticité ne peut être mise en doute.

3° La fréquence des grossesses extra-utérines bilatérales peut s'expliquer par la bilatéralité pour ainsi dire constante des altérations inflammatoires des trompes.

4° L'évolution de la deuxième grossesse ectopique n'est pas toujours calquée sur celle de la première. Elle peut être plus insidieuse ou plus bruyante.

5° La fréquence de la répétition de la grossesse ectopique en assombrit le pronostic, et doit engager à pratiquer la castration bilatérale, au cas où des lésions suffisantes des annexes opposées peuvent faire crain-

dre l'évolution ultérieure d'une grossesse tubaire de ce côté. Même si les annexes opposées paraissent saines, certaines conditions d'âge et d'état antérieur de la malade légitimeront l'intervention radicale.

Vu : le Président,
PAUL SEGOND.

Vu : le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andrews. — *Brit. med. Journal.* London, 1904. tome I, p. 75.

Bottger. — Thèse Leipzig, mai 1902.

Bouilly. — Comptes rendus de la soc. d'obst. de gynécolog. et de pédiatrie, nov. 1900, p. 334.

Brouha. — *Annales de la soc. méd. chirur. de Liège*, 1905, tome XLIV, p. 75.

Burford. — *Med. Press. and Circular*, 1905, tome LXXIX, p. 533.

Chandler. — *New-York med. Journal*, 1903, tome LXXVII, p. 320.

Dawson. — *Journ. of obstet. and gynec. of the Brit. Emp.*, septembre 1903, p. 30.

Doran. — *J. of. obst. and gynec. of the brit. Emp.*, 1905, tome VII, p. 399.

Funck-Brentano. — Thèse Paris, 1897-98.

Haret. — Thèse Paris, 1900-1901.

Harris. — *Americ. Journ. obs.* New-York, 1904, tome L. p. 117.

Hoffmeier. *Munch. Med. Wochen.*, 1904, tome LI, p. 1319.

Jacobs. — *Bulletin de la Société belge de gynéc. et d'obst.* Bruxelles, 1903-04. tome XIV, p. 36.

Jayle. — *Revue de gynécol. et de ch. abdominale*, 1904, t. VIII.

Karl Reiffarscheid. — *Centralblatt für gynæk.*, 1903.

Kerr. — *Deuts. med. T.*, 1904, tome XXIV, p. 2250.

Lawrence. *Journ. americ. med. assoc.*, 1904, tome XLII, p. 534.

Lejars. — Congrès de l'association française de chirurgie. Paris, octobre 1904.

Lewen. — *Transact. obst. soc.* London, 1904, tome XLV, p. 727 et 418.

Liell. — *Americ. jour. obstet.* New-York, 1905, tome LI, p. 762.

Marsha. — *Amer. Journ. surg. and gynac.*, 1902, tome XL, p. 114.

Michin. — *Monatsch. für Gib. und gynæk.*, 1905, tome XXIII.

Murphy. — *Brooklyn med. Journ.*, 1903, tome I, p. 367.

Orthmann. — *Zeitsch. für. Geburt. und gynæk.*, 1903, tome XLIX, p. 548.

Polak. — *Brooklyn med. Journ.*, 1904, tome XVIII, p. 248.
Psaltoff. — *Ann. de gynécol et d'obstét.*, Paris, 1903, tome XVII, p. 165.
Rosenstein. — *Berlin, Klin, Wochen.*, 1903, tome XL, p. 273.
Sandberg. — *Journ. surg. gynec. and obstet.* New-York, 1905, tome XXVII, p. 482.
Sens. — Thèse Paris, 1901.
Shanta. — *Centralblatt für gynœkologie*, 1905, p. 2.
Sturmer. — *Transact. obstet. soc.* London, 1904, p. 144.
Ulmann. — *Wiener. med. Wochenschrift*, 1904, p. 5.
Varnier. — *Comptes Rendus de la soc. d'obst. de gynécol. et de pédiat.*, 5 oct. 1900.
Annales de gynéc. et d'obst., 1901.
Vassmer. — *Monatsch. für Geburt und Gynœk.* 1903, tome XVII, p. 881.
Voff. — *Vratch*, St-Pétersbourg, 1904, tome III, p. 1650.
Zuntz. — *Deutsche med. Wochen.* 1903, tome XXIX, p. 338.